

告示番号		21		膠原病		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/3				
病名		18 ブラウ（Blau）症候群／若年発症サルコイドーシス								受付種別		☐ 新規				
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日														
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)						
住所		郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()														
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地		都道府県 () 市区町村 ()														
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日								
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日								
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD)				体重 (測定日)		kg (SD)				BMI		
				年 月 日						年 月 日				肥満度		
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり				
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)				なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)										
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり				
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明				
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																
最終受診日		(年 月 日)														
基本情報		発症年齢：()歳														
症状	全身	発熱 (38℃以上)：[なし ・ あり] 発熱 (38℃未満)：[なし ・ あり] 発熱期間：()日間 熱型：[稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他] 熱型 (その他)：() 発熱間隔：[持続的 ・ 発作的 ・ 不定期] 周期性：[なし ・ あり] 発熱周期：()か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい 血管炎：[なし ・ あり]														
		筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり] 関節の機能障害：[なし ・ あり] 関節の囊腫状腫脹 (足背)：[なし ・ あり] 関節の囊腫状腫脹 (手背)：[なし ・ あり] 屈指症 (手指)：[なし ・ あり] 屈指症 (足趾)：[なし ・ あり] 骨髓炎：[なし ・ あり] 部位：() 筋・骨格症状 (その他)：()													
			皮膚・粘膜	皮疹：[なし ・ あり] 詳細：() 皮疹出現や増悪の契機：[なし ・ あり] 詳細：()												
				眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり] 視力低下：[なし ・ あり] 眼症状 (その他)：()											
	消化器		炎症性腸疾患：[なし ・ あり]													
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり] 詳細：()														
	その他	低ガンマグロブリン血症：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()														
	臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載															
	症状	全身	発熱 (38℃以上)：[なし ・ あり] 発熱 (38℃未満)：[なし ・ あり] 発熱期間：()日間 熱型：[稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他] 熱型 (その他)：() 発熱間隔：[持続的 ・ 発作的 ・ 不定期] 周期性：[なし ・ あり] 発熱周期：()か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい 血管炎：[なし ・ あり]													
			筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり] 関節の機能障害：[なし ・ あり] 関節の囊腫状腫脹 (足背)：[なし ・ あり] 関節の囊腫状腫脹 (手背)：[なし ・ あり] 屈指症 (手指)：[なし ・ あり] 屈指症 (足趾)：[なし ・ あり] 骨髓炎：[なし ・ あり] 部位：() 筋・骨格症状 (その他)：()												
				皮膚・粘膜	皮疹：[なし ・ あり] 詳細：() 皮疹出現や増悪の契機：[なし ・ あり] 詳細：()											
					眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり] 視力低下：[なし ・ あり] 眼症状 (その他)：()										
		消化器		炎症性腸疾患：[なし ・ あり]												

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日 年 月 日
診断年月日 年 月 日

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体

受理日	年	月	日
-----	---	---	---

公費負担者番号

認定結果 [認定 ・ 不認定]

研究同意の有無 [有 ・ 無]

受給者番号 () 有効期限 年 月 日

階層区分 [生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]

保險情報

保險者番号 () 被保險者記号 ()
 被保險者番号 () 被保險者個人單位枝番 ()
 資格取得年月日 年 月 日